# ITEM 257 : HÉMATURIE NÉPHROLOGIQUE

## *Physiopathologie*

**Hématurie urologique** : lésion anatomique mettant en **communication des vaisseaux sanguins** et un conduit urinaire (du fond du calice jusqu'à l'urètre prostatique)
**Hématurie d'origine rénale** : le plus souvent par **maladie glomérulaire**
- Anomalie congénitale de la composition de la membrane basale : syndrome **d'Alport**
- Lésion acquise de la membrane basale = foyers de nécrose et de prolifération glomérulaire : syndrome de glomérulonéphrite rapidement progressive ou subaiguë maligne
- **Glomérulonéphrite mésangiale à dépôts d'IgA (maladie de Berger)** : cause inconnue (passage des hématies sans perméabilité anormale aux protéines)

. Les hématuries macroscopiques d'origine glomérulaire sont émises **sans caillots et sans brûlures mictionnelles**, **sans douleurs** contrairement aux hématuries d'origine urologique, par mise en jeu de systèmes fibrinolytiques dans la lumière tubulaire
. La présence d'une hématurie lors d'une maladie **glomérulaire** est généralement = **signe de gravité** : lésion glomérulaire proliférative et/ou nécrosante

## *Diagnostic positif*

### Circonstances de découverte

- **Hématurie macroscopique** rapportée à l'interrogatoire
- **Hématurie microscopique** : **BU** (en dehors d'une période menstruelle, sur urines du matin, fraîches, après toilette génitale), confirmé par une **cytologie urinaire quantitative**

### **Examen cytologique quantitatif urinaire**

- Diagnostic positif : présence de **≥ 10 hématies/mm³ (= 10 000/mL**).
- **Cylindres hématiques** : rarement mis en évidence, spécifique d'une origine glomérulaire
- **Déformation des hématies** : oriente vers une origine glomérulaire
- Elimine une fausse hématurie : **hémoglobinurie, myoglobinurie, porphyrie, prise médicamenteuse** (**métronidazole, rifampicine** érythromycine, métronidazole, AINS, vitamine B12, laxatifs avec phénolphtaléine, antiseptiques (Povidone iodine ou eau de Javel), consommation de **betteraves : urines rouges sans globules rouges**
- *Le compte d'Addis ne doit plus être pratiqué*

## *Etiologie*

### Affection urologique

| Cause fréquente | Cause rare |
|---|---|
| - **Infection urinaire** : cystite hématurique<br>- **Tumeur vésicale** bénigne ou maligne<br>- **Cancer rénal**<br>- **Lithiase rénale** (rarement vésicale)<br>- **Cancer prostatique**<br>- **Prostatite aiguë**<br>- **Traumatisme du rein ou des voies urinaires** | - **Polykystose rénale** (hémorragie intrakystique)<br>- **Nécrose papillaire** 2ndr à une néphropathie aux analgésiques, diabète ou drépanocytose<br>- **Tumeur bénigne du rein** (angiomyolipome)<br>- **Tuberculose rénale**<br>- **Tumeur de la voie excrétrice supérieure**<br>- **Exercice physique** très important<br>- **Infarctus rénal**<br>- **Malformation vasculaire**<br>- **Bilharziose**<br>- Traitement anti-coagulant |

### Affection rénale

- Le plus souvent **glomérulaire** : **glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'IgA (maladie de Berger**), **glomérulonéphrite aiguë post-infectieuse**, **glomérulonéphrite membrano-prolifération**, **glomérulonéphrite extracapillaire, syndrome d'Alport**
- Parfois par **néphropathie interstitielle aiguë** : hématies non déformées
- Rarement néphropathies vasculaires aiguës : MAT (SHU), infarctus rénal

## *Bilan étiologique*

- Hématurie macroscopique : - **Hématurie initiale** : souvent cervicoprostatique
  - **Hématurie terminale** : souvent vésicale
  - **Hématurie totale** : origine urologique abondante ou néphrologique
- Recherche de signes en faveur d'une **origine urologique** : émissions de caillots, douleur lombaire, fièvre, SFU
- Recherche de signes en faveur d'une **origine néphrologique** : HTA, œdème, protéinurie des 24h, DFG.
- **Echographie rénale ± vésicale** si > 50 ans ou FdR de polype vésical
- Suspicion de néphropathie glomérulaire (maladie de Berger, GNRP) : discuter la **PBR**

### En faveur d'une origine néphrologique

- **Cytologie en contraste de phase** : présence de **cylindres** ou **d'hématies déformées**
- **Protéinurie** > 0,5 g/24h (mesurée après la fin de l'épisode d'hématurie macroscopique)
- ↘ **DFG** ou ↗ **créatininémie**

→ 2 pathologies avec hématurie macroscopique : M. de Berger, GNRP avec prolifération extracapillaire
→ Les 2 pathologies les plus fréquentes : M. de Berger, maladies des membranes fines.

- Absence d'anomalie échographique
- **Biopsie rénale** : - Impérative en urgence en cas de suspicion de GNRP (altération récente du DFG)
  - Sans urgence en cas de suspicion de maladie de Berger = valeur pronostique

### **Hématurie isolée**

- Recherche en 1er lieu une **tumeur urothéliale**, surtout > 50 ans ou si FdR (tabagisme, origine africaine (bilharziose), exposition toxique (aniline, colorants), néphrite interstitielle chronique toxique ou médicamenteuse) : **cytologie urinaire, cystoscopie, uroscanner, urographie intra-veineuse**
- Si bilan négatif = hypothèse diagnostique de **néphropathie glomérulaire** la plus vraisemblable : **surveillance annuelle** clinique (PA) et biologique (protéinurie/24h, cytologie urinaire, créatinine)
- **Biopsie rénale** indiquée en cas de modification des paramètres urinaires ou sanguins (aggravation)